

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1954-1955 n° 175

PROBLÈMES ACTUELS DU TRAITEMENT DE LA CHOLECYSTITE AIGÜE LITHIASIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean WEYLAND

né le 11 Avril 1923, à Nilvange (Moselle)

METZ
Imprimerie Claude CHAMBRE
26, Rue Talson

1955

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1954-1955 n° 175

PROBLÈMES ACTUELS DU TRAITEMENT DE LA CHOLECYSTITE AIGÜE LITHIASIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean WEYLAND

né le 11 Avril 1923, à Nilvange (Moselle)

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire	M. J. LEPINE
Doyen	M. H. HERMANN
Assesseur	M. J. GATE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIEFAY,
CADE, PATEL, LEPINE, SAVY, LERICHE, MOURIQUAND, MAZEL, LEULIER

PROFESSEURS

Clinique médicale A	MM. FROMENT
Clinique médicale B	P.-RAVAULT
Clinique chirurgicale A	SANTY
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique ophtalmologique	BONNET
Clinique urologique	CIBERT
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	DUFOUR
Clinique dermatologique et syphiligraphique	GATE
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie	SEDALLIAN
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile	GUILLEMINET
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Clinique stomatologique	DUCLOS
Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge	BERNHEIM
Clinique oto-rhino-laryngologique	MAYOUX
Physiologie	HERMANN
Anatomie pathologique	J.-F. MARTIN
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	PONTHUS
Parasitologie et pathologie exotique	(détaché à Beyrouth)
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	GARIN
Chimie organique et toxicologie	ROCHET
Pathologie générale et expérimentale	CHAMBON
Hydrologie thérapeutique, vilmatologie et écologie sociale	JOSSERAND
Anatomie	DELORE
Pathologie interne	GABRIELLE
Chimie biologique et médicale	CROIZAT
Pathologie chirurgicale	ENSELME
Histologie	MALLET-GUY
Pharmacie galénique et matière médicale	NOEL
Médecine du travail	REVOL
Thérapeutique	BOURRET
Hygiène action sanitaire et sociale	LEVRAT
Biologie médicale et pharmacodynamie	SOHIER
Botanique et cryptogamie	JOURDAN
Propédeutique chirurgicale	NETIEN
Chimie analytique pharmaceutique	BERTRAND
Pharmacie et pharmacologie	BADINAND
Médecine légale et déontologie	DREVON
	ROCHE



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	BANSSILLON
Physique biologique	BERGER

MAITRES DE CONFERENCES — AGREGES

Parasitologie	ROMAN	Biochimie médicale	CREYSSSEL R.
Parasitologie	COUDERT	Bactériologie	BERTOYE A.
Physiologie	CIER J.-F.	Histologie	X...
Physiologie	CHATONNET		

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale	GIRARD P.	Orthopédie	MARION Jos
Pathologie médicale	VACHON	Obstétrique	BROCHIER
Pathologie médicale	GIRARD M	Obstétrique	DELORE
Pathologie médicale	JEUNE	Obstétrique	MATHIEU J
Pathologie médicale	BRUN	Anatomie	LATARGET
Pathologie médicale	GALY	Anatomie pathologique	GUICHARD
Pathologie médicale	GONIN	Ophtalmologie	PAUFIQUE
Pathologie chirurgicale	BERARD	Dermato-syphiligraphie	THIERS
Pathologie chirurgicale	DESJACQUES	Urologie	PERRIN
Pathologie chirurgicale	TRILLAT	Neuro-chirurgie	LECUIRE
Pathologie chirurgicale	LABRY	Oto-rhino-laryngologie	
Pathologie chirurgicale	MANSUY	Médecine légale et médecineX...	
Pathologie chirurgicale	DARGENT	du travail	X...
Pathologie chirurgicale	GUILLET		

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES — AGREGES

Hygiène	DUMONT Louis
Histologie	BENAZET
Physique biologique	MORET
Pharmacie et Pharmacologie	CIER André
Chimie organique et toxicologie	PERROT Louis

EXAMINATEURS DE LA THESE:

MM. MALLET-GUY, TRILLAT, LECUIRE, GUILLET.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

dont la droiture reste un exemple pour moi

A MA MÈRE,

en témoignage de ma profonde affection

A MON FRÈRE,

mon meilleur ami

A MA TANTE,

en toute reconnaissance

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MALLET GUY,

*Président de Thèse,
Professeur de Pathologie chirurgicale.
Il a bien voulu nous confier les éléments de ce
travail et accepter la présidence de notre jury de
thèse. Nous l'en remercions respectueusement.*

A MES JUGES,

Hommages respectueux

A M. LE DOCTEUR GANGOLPHE,

*toute notre gratitude pour les conseils qu'il nous a
donnés en vue de la rédaction de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX,

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR JACQUES GÉRY,

*dont les méthodes nous ont profondément imprégné.
Notre vive reconnaissance.*

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR ROBERT FRANTZ,

*dont nous avons apprécié la bienveillante sollicitude.
En marque de notre gratitude très respectueuse.*

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR CHARLES BERTHEL,

*pour son intérêt constant à notre égard, qu'il soit
assuré de notre sincère dévouement.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Problèmes Actuels
du Traitement
de la
Cholecystite Aiguë Lithiasique

CHAPITRE I

INTRODUCTION, POSITION DU PROBLÈME

Le Professeur P. MALLET-GUY, nous a confié une statistique de cent cas de cholécystite aiguë dans le traitement desquelles sont intervenus deux éléments nouveaux :

- L'usage des antibiotiques;
- L'emploi systématique du contrôle manométrique et radiologique per-opératoire au cours des interventions pratiquées.

Aussi cette Thèse ne vise pas à refaire entièrement le chapitre des cholécystites aiguës, mais seulement à indiquer comment la réunion de ces deux facteurs pouvait modifier les conceptions antérieures du traitement de cette affection.

Cette statistique n'englobe pas les cas de cholécystites aiguës associés à un syndrome de péritonite diffuse traduisant la perforation de la vésicule, l'irruption de pus et de bile en péritoine libre. Ces cas ont toujours été considérés comme relevant de l'intervention d'urgence, il ne nous viendrait pas à l'esprit de vouloir contester cette nécessité.

Il est par contre intéressant de voir comment peut évoluer la conception du traitement chirurgical de la crise aiguë de cholécystite sous l'influence des antibiotiques et de montrer quels renseignements apportent la manométrie et la radiographie per-opératoires, lorsque l'intervention est pratiquée dans des conditions qui permettent son usage.

Le plus souvent la crise de cholécystite aiguë vient compliquer une évolution de crises vésiculaires aseptiques associées à des troubles dyspeptiques permanents. La douleur éclate, violente, dans l'hypochondre droit, irradiant vers l'épaule, s'accompagnant de vomissements souvent importants, d'un arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz et d'une poussée thermique élevée à 39°, 40°.

A l'examen, on trouve des signes péritonéaux; mais si la défense pariétale est souvent diffuse, la contracture par contre est localisée dans la région sous-costale droite, et à l'épigastre.

L'état général est conservé habituellement et le malade ne présente pas de signes d'intoxication et de collapsus qui signent la péritonite par perforation. Il est des cas où le diagnostic peut ne pas être aussi schématisé. La lésion responsable de ce syndrome est une grosse vésicule exclue, remplie de pus et de calculs, dont la paroi manifestement inflammatoire est menacée de gangrène, souvent même en train de se nécroser en regard du calcul enchatonné du bassin, et cela dans le fond d'une loge que le duodénum, le colon, lui ménagent à la face inférieure du foie et que l'épiploon finit d'obturer.

Avant l'ère des antibiotiques, deux conduites thérapeutiques s'opposaient :

— le traitement médical suivi ou non d'une intervention chirurgicale à froid;

— Le traitement chirurgical d'urgence exécuté dans les délais identiques à ceux exigés en cas d'appendicite aiguë.

Dans la première éventualité, le repos au lit, la glace sur le ventre, le régime hydrique, associés aux antalgiques indispensables les premiers jours, obtenaient la sédation de la température, de la douleur, mais ce résultat était souvent long à attendre, la chute de la température était progressive, durant parfois plusieurs semaines, entrecoupée souvent de remontées traduisant la persistance de foyers infectieux que l'on s'efforçait de mettre en sommeil. Pendant cette évolution, le malade soumis le plus souvent à un régime pauvre en éléments nutritifs, voyait son état général s'altérer et parfois, chez les personnes âgées, devenir inquiétant au point d'imposer l'intervention chirurgicale de sauvetage incomplète, et malgré cela, fréquemment de pronostic grave.

Dans la majorité des cas cependant, on obtenait le retour à la normale, la reprise de l'activité, mais la guérison complète n'existait pas et le malade soumis à un régime sévère, voyant de temps en temps revenir les crises aiguës, en arrivait à l'intervention chirurgicale. Mais, cette évolution prolongée, responsable d'adhérences serrées, de fistules bilio-digestives, de migrations cholédociennes, rendait souvent cette intervention malaisée, faisant courir de gros risques à la voie biliaire principale.

Aussi, de nombreux auteurs, parmi lesquels le Professeur MALLET-GUY, avaient proposé de ne pas attendre pour inter-

venir, et de se comporter, devant une cholécystite aiguë, comme devant une appendicite. Pour les uns, l'intervention devait être le plus souvent possible une cholécystectomie, pour les autres au contraire, il ne pouvait être question que d'une cholécystostomie. Au sujet de cette discussion, nous ne voulons pas prendre parti dans cette thèse.

Nous préciserons par contre les avantages et les inconvénients de cette attitude.

Les avantages tout d'abord résident dans la possibilité d'agir plus facilement sur une vésicule souvent libre ou entourée d'adhérences lâches, faciles à cliver, guérison rapide sans encourir les aléas d'un traitement prolongé, d'une convalescence pénible, d'une guérison incomplète, dominé par l'éventualité d'une récurrence.

A ces avantages s'opposaient les risques opératoires chez des malades à la cellule hépatique déficiente qui parfois dans les suites post-opératoires présentaient des hémorragies importantes ou bien semblaient dans le coma hépatique. Enfin les recherches biologiques récentes ont montré quelle importance il fallait accorder à l'équilibre du milieu humoral, que ces opérations d'urgence ne permettent pas d'apprécier et de rétablir, le cas échéant.

CHAPITRE II

MODIFICATIONS ÉVOLUTIVES DES CHOLECYSTITES AIGUES PAR LES ANTIBIOTIQUES

Dès l'emploi des antibiotiques, il apparut très vite que le traitement médical des cholécystites aiguës voyait grâce à eux, son efficacité augmentée. Mais il est intéressant, maintenant qu'un certain recul existe, de voir dans quelle mesure et de quelle façon les conceptions thérapeutiques antérieures, opposées, ont pu se modifier.

Très rapidement le nombre des antibiotiques s'est multiplié, mais dans cette statistique, trois principalement ont été utilisés, la pénicilline, la streptomycine, la chloromycétine. Nous avons une plus grande expérience de l'utilisation de la pénicilline qui en bien des cas nous a donné toute satisfaction.

Du point de vue clinique, nous nous bornerons à insister sur quelques points :

— Tout d'abord, et c'est un fait indéniable, l'administration d'antibiotiques apporte d'emblée un très appréciable soulagement au malade : la température baisse tout de suite, parfois en 2 jours, pour se stabiliser souvent aux environs de 38°. Mais dans les semaines suivantes, notamment à l'occasion de l'arrêt de la thérapeutique, quelques clochers à 38,5, 38,7 rappellent que l'évolution des lésions n'est pas stoppée. Chacun de ces retours offensifs est marqué par une reprise des douleurs, qui, à vrai dire, n'ont pas cessé et ne cesseront jamais avant l'intervention, même au repos et dans les meilleures périodes. De fait, la vésicule est restée grosse et sensible. Elle est parfaitement perçue, sous une paroi qui, très vite, a retrouvé souplesse et relâchement. Cependant, l'usage exclusif des antibiotiques au titre de traitement médical des cholécystites aiguës expose à de graves dangers, faisant croire parfois à une résolution, alors que sont dissimulées les complications éventuellement inévitables de gangrène vésiculaire.

Mais pas plus qu'une autre méthode médicale, cette thérapeutique ne peut prétendre à guérir la cholécystite aiguë lithia-

sique. Les malades qui spontanément s'acheminaient sans heurt vers la résolution, gagneront quelques étapes, sans que le problème thérapeutique des séquelles lointaines en soient simplifié. Ceux qui doivent faire une gangrène seront mis par les antibiotiques, non pas à l'abri de la complication, mais en mesure de lui faire face momentanément et pourront ainsi bénéficier, dans les meilleures conditions, d'une intervention précoce.

Si cette chance n'est pas utilisée, au risque immédiat de la perforation sera substitué celui de l'évolution interminablement prolongée des lésions de sphacèle. Il n'est plus alors possible de dire « cholécystite aiguë » au sens stricte du terme. La notion classique d'empyème de la vésicule est elle-même dépassée et le terme exact, bien qu'apparemment absurde est « cholécystite gangréneuse chronique ». Elle est, comme nous le verrons, avec ses complications cholédociennes, la lésion caractéristique de cette pathologie nouvelle développée dans les conditions artificielles de l'antibioïsme.

Nous avons noté dans douze cas, la lésion caractéristique de « gangrène vésiculaire chronique », fixée en quelque sorte en son état, n'évoluant que tardivement vers la perforation ou vers la fistule cholécysto-duodénale. La plaque de sphacèle est étayée par un moule d'adhérences, auquel participent et le pédicule hépatique et le duodénum épaissi, protégé lui-même par une réaction scléreuse pariétale que le blocage de l'évolution lui a donné le loisir de constituer.

Cinq fois l'examen bactériologique du pus vésiculaire fut positif — soit, au trente huitième, soixante cinquième et quatre vingtième jours, au neuvième mois et après un an. La stérilisation spontanée d'une collection purulente est certes de notion ancienne, mais le point particulier est ici que cette stérilisation se fait, non point après un délai plus ou moins long, mais en quelques jours, pendant la phase des nécroses pariétales qui se trouvent ainsi fixées en leur état.

Dans toute cholécystite aiguë, le pédicule hépatique participe à un degré plus ou moins marqué au processus inflammatoire, œdème du petit épiploon ou plus tard, au stade de la cholécystite scléro-atrophique, réaction scléreuse bloquant la dissection de la voie biliaire principale.

Mais ici la précocité, l'intensité de la réaction scléreuse qui exclut la collection purulente plus ou moins parfaitement stéri-

lisée et éventuellement un séquestre vésiculaire, vont donner à ce retentissement cholédocien un caractère particulier de gravité.

Aussi bien, dès le vingtième jour, note-t-on dans les comptes rendus opératoires une inflammation marquée du pédicule hépatique, plus tard un cartonnage, une symphyse plus ou moins totale et il faudra sculpter sans visibilité dans les tissus sphacéliques et la gangue fibreuse qui les contient.

En voici un exemple typique :

— un homme de 52 ans est vu au 8^e mois de l'évolution d'une cholécystite aiguë, soumise à un traitement prolongé et répété à la tifomycine. Chaque essai thérapeutique amenait une sédation temporaire de la fièvre, mais la vésicule restait toujours douloureuse et très rapidement des signes infectieux s'allumaient à nouveau.

A l'intervention, on découvre, dans les adhérences bloquant la région sous-hépatique, une vésicule biliaire augmentée de volume, à paroi épaisses et inflammatoires contenant des calculs et du pus. En poursuivant la dissection, très laborieusement, vers le pédicule hépatique, on ouvre un petit abcès au contact du duodénum et du cholédoque, en regard du bassinnet dont la paroi est sphacélée sur 2 à 3 cm. Cette zone sphacélique est enrobée dans une coque adhérentielle épaissie, qui masque complètement la voie biliaire principale. Il faut sculpter de très près dans cette gangue pour arriver sur le cystique qui est libre. Sa paroi est friable et il apparaît très dangereux de se livrer à une exploration instrumentale du cholédoque. Sans difficulté, la canule coudée est passée à travers le cystique, les courbes manométriques sont stabilisées à 12, normalement et les clichés donnent l'image d'un cholédoque normal, non dilaté, sans obstacle. Ligature du cystique, cholécystectomie, fermeture sur un drain dans le lit vésiculaire. Les suites opératoires sont très simples. Le malade part guéri le 15^e jour, cicatrisé. Il est revu après 4 mois en parfait état ayant repris 10 kgs.

En voici un autre exemple, extrême, qui nous a donné quelques émotions.

Un homme de 56 ans est opéré au 62^e jour de l'évolution d'une cholécystite aiguë. Fièvre persistante pendant 18 jours, qui cède très rapidement au traitement par antibiotiques. Persistance d'un platron sous-hépatique qui peu à peu disparaît

également. Mais l'amélioration dure peu. Quinze jours après, sans que la douleur se réveille, la température remonte irrégulière, amaigrissement de 10 kgs.

L'intervention découvre un énorme bloc vésiculaire symphisé à l'épiploon, au colon, au duodénum, au pédicule hépatique, masse indurée d'apparence tumorale dont l'incision très prudente ouvre une vaste cavité, remplie de calculs et de pus.

L'examen bactériologique répond bacillus subtilis, et escherichia coli — l'histologie inflammation simple. La paroi largement nécrosée, est extirpée au contact de la gangue fibreuse qui l'investit. En poursuivant, en direction du pédicule hépatique le clivage de cette masse indistincte, on aperçoit un écoulement de bile par un orifice que l'on prend pour celui du cystique. Mais un deuxième orifice semblable existe un peu à gauche. Un petit drain est placé dans chacun d'eux et deux clichés sont pris; le premier après injection de lipiodol à droite, dessine les arborisations non dilatées de la branche droite de l'hépatique; le second, après injection à gauche, les branches gauches de l'hépatique très dilatées. Persuadé d'avoir commis d'irréparables dégâts opératoires, on termine la cholécystectomie en laissant en place ces deux drains, il s'est agit, en réalité seulement de deux mouchetures latérales des branches de l'hépatique car, très rapidement, les selles se colorent, l'écoulement biliaire externe s'assèche et, lorsque les drains tomberont, aucun incident ne viendra troubler la guérison confirmée après six mois.

Nous avons indiqué la fréquence particulière chez ces malades, la précocité, l'intensité des réactions ganglionnaires, puis pancréatiques qui, à l'attente directe de la voie biliaire principale, par le processus de sclérose, ajoutent l'éventualité d'une compression : 10 fois sur 28 cas manométrie et radiographie per-opératoires objectivèrent la sténose cholédocienne.

Nos observations signalent ces complications ganglionnaires au cours d'interventions des vingt-cinquième, trentième, trente-huitième jours, après 8 mois dans 2 cas et enfin après plus d'un an d'évolution d'une « cholécystite gangrèneuse chronique ».

CHAPITRE III

LE CONTROLE MANOMÉTRIQUE ET RADIOLOGIQUE PER-OPÉRATOIRES DANS LES CHOLECYSTITES AIGUES

Dans les cent observations de cette statistique, quatre-vingt-seize cas ont été opérés avec le concours du contrôle manométrique et radiologique per-opératoires. L'emploi systématique de cette technique a permis de contrôler l'état de la voie biliaire principale et de découvrir ainsi que dans la cholécystite aiguë, le chirurgien ne devrait pas se borner à enlever la vésicule ou à la drainer, après l'avoir vidée de ses calculs. Dans l'ombre du syndrome aigu vésiculaire, peuvent se dissimuler des états pathologiques de la voie biliaire principale qui pendant longtemps furent méconnus, cause de guérison imparfaite.

Plusieurs publications récentes, ont attiré l'attention sur la difficulté de les reconnaître de façon précise, même lorsque des signes cliniques avaient mis les chirurgiens en garde.

LESTER opérant 19 cholécystites aiguës avec ictère, trouve 5 calculs du cholédoque et les autres fois une dilatation qui ne lui semble pas un argument formel d'exploration. MARSHALL et PHILLIP, sur 74 cholécystites aiguës, découvrent 12 calculs sur 35 explorations du cholédoque. DUNPHY et ROSS sur 56 cholédocotomies trouvent 28 calculs, ce qui donne comme pourcentage 21 % de leurs interventions pour cholécystite aiguë. GLENN signale que lors de la cholécystite aiguë il explore le cholédoque chaque fois que l'histoire clinique du malade révèle une complication du côté de la voie biliaire principale. WALKING fait une cholédocotomie chaque fois qu'il a l'impression au cours de l'intervention, qu'un calcul vésiculaire aurait pu migrer dans le cholédoque. COLE, lui, fait une exploration chaque fois qu'il y a ictère, mais l'ictère peut être due à une pancréatite et selon lui la cholédocotomie dans le cas de pancréatite est une erreur redoutable. BEUXTOM, RAY et COLLIER, constatent l'élément d'aggravation que représente l'exploration de la voie biliaire principale lors d'une cholécystectomie. Ses résultats (5 calculs dans 20 cas d'ictère), n'expliquent pas l'ictère dans les autres cas.

Les documents que nous avons recueillis donnent la clé de ces contradictions et éclairent ces incertitudes.

Précisons tout d'abord que l'exploration digitale de la voie principale, qui toujours, nous le savons, expose à l'erreur et à l'omission est ici particulièrement aléatoire.

L'œdème du pédicule hépatique et surtout, dès que la cholécystite aiguë a vieilli de quelques jours, à fortiori de quelques semaines, les adhérences qui viennent cloisonner l'espace sous-hépatique, ne permettent pas de palper correctement le cholédoque. Il ne saurait être question de décoller systématiquement duodénum et tête pancréatique et il apparaît même quelque peu dangereux de vouloir rompre les adhérences inflammatoires et hémorragiques pour le bénéfice incertain d'une meilleure exposition.

Le contrôle manométrique et radiographique exige seulement que soit identifié, au cours de la dissection du pédicule, le canal cystique dont le cathétérisme conduira la canule dans le cholédoque. Pour le chirurgien, servitude, mais sauvegarde pour la voie biliaire principale.

Plus que tout autre, l'intervention pour cholécystite aiguë n'expose-t-elle pas à la blessure, à la destruction du confluent cholédocien ? C'est du moins ce qui apparaît dans l'étiologie des rétrécissements biliaires post-opératoires.

S'il veut reconnaître le cystique, l'opérateur clivera minutieusement, du cholédoque auquel il adhère, le bassinet distendu et, liant au passage les veines dilatées, il dégage peu à peu le canal qu'il identifie, qu'il entaille sans le sectionner totalement et cathétérise au stylet. Le cystique est habituellement large et facile à franchir mais sa paroi est friable. Avec quelque douceur de geste, l'on passe sans risque la pince de Bonniot puis la canule coudée que l'on assujettit par une ligature provisoire faite sans traction.

A. — Il est, sinon classique, du moins communément admis que l'association cholécystique aiguë et calcul du cholédoque est une rareté.

En fait, c'est là, notion erronée, et sur les quatre-vingt-seize observations comportant un contrôle manométrique et radiographique per-opératoires, nous relevons dix-huit calculs de la voie biliaire principale.

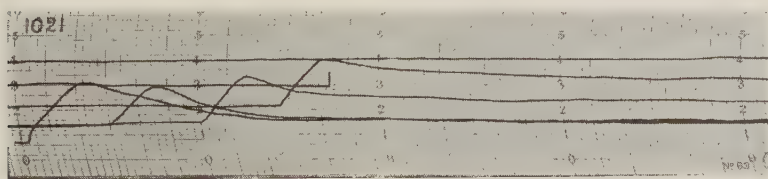
Dans cinq cas, le calcul fut perçu à l'exploration opératoire.

Observation 1021. — Cholécystite lithiasique aiguë opérée au sixième jour.



Femme 22 ans, crises vésiculaires aseptiques depuis cinq années. Le 7-8-49, cholécystite aiguë. Intervention le 13-8-49, empyème de la vésicule, cathétérisme du cystique, courbes manométriques de blocage, successivement stabilisées à 13, 14, 21, 29 et images radiographiques d'un calcul cholédocien méconnu.

Extraction trans-cystique et, après nouveau contrôle, cholécystectomie avec drainage trans-cystique de la voie principale. Suites très simples, cicatrisation per primam. Guérison parfaite confirmée le 22-1-55.



Observation 2281.

Femme de 54 ans présentant des crises douloureuses vésiculaires depuis 1936.

Fait une cholécystite aiguë le 15-8-54.

Les radiographies pré-opératoires montrent une image de calcul du cholédoque.

Le 22-9-54, *intervention* : on trouve une très grosse vésicule adhérente; la dissection conduit sur une voie biliaire principale dilatée, où est perçue un calcul que l'on retire par le cystique.

Puis la manométrie donne des courbes élevées à 12, 20, 31, la radiographie per-opératoire montre un cholédoque dilaté

rétréci à sa portion inférieure, sans image de calcul. Il s'agit d'une compression par adénite réactionnelle. On sent de très gros ganglions rétro-pancréatiques.

Drainage trans-cystique, cholécystectomie.

Le contrôle lipiodolé post-opératoire met en évidence une évacuation normale.

La malade sort le 30-10-54 cicatrisée.

Revue le 28-12-54, résultat parfait.

Observation 1453. — Cholécystite lithiasique aiguë opérée au cinquième jour.



Homme de 69 ans. Crises vésiculaires aseptiques depuis l'âge de 30 ans. Cholécystite aiguë, le 1-7-51, hospitalisé le 3-7, intervention le 6-7 après inventaire préparation : vésicule en voie de gangrène; découverte par le contrôle manométrique (pressions croissantes à 18, 29, 34, 41) et radiographique, d'un calcul inapparent de l'ampoule de Vater, que l'on peut retirer par cathétérisme trans-cystique. Après nouveau contrôle, cholécystectomie et drainage trans-cystique. Suites simples cicatrisation per primam. Guérison parfaite, maintenue le 3-1-55.



Sa présence avait été annoncée une fois par une angiocholécystographie très démonstrative, trois fois par un épisode ictérique généralement très estompé au cours de l'évolution de la cholécystite aiguë, celle-ci ayant seulement été stoppée

au deuxième mois (deux cas), au troisième mois (deux cas) et même après trois mois (un cas).

Mais dans les treize derniers cas, rien ne permettait, ni cliniquement, ni opératoirement, de soupçonner la présence de la lithiasé de la voie principale et son diagnostic fut le seul fait du contrôle manométrique et radiographique per-opératoires.

Observation 2092.

Femme présentant des crises vésiculaires depuis janvier 1950.

Cholécystite aiguë en août 1953.

Nouvelle crise débutant le 13-1-54 - 20-1-54.

20-1-54, *intervention* : énorme vésicule enchatonnée par l'épiploon mais facilement libérée.

Les examens manométrique et radiologique, mettant en évidence un calcul du cholédoque qui est enlevé par le cystique.

Après l'ablation du calcul, les épreuves manométriques et radiologiques mettent en évidence une hypertonie réactionnelle aux manœuvres instrumentales sans obstacle calculeux.

Drainage trans-cystique, cholécystectomie.

Le lipiodol post-opératoire montre une évacuation correcte de la voie biliaire principale.

Le malade sort le 4-3-54.

Observation 2249.

depuis 1944.

Fait une cholécystite aiguë le 19-8-54.

Le 25-8-54, *intervention* : on trouve une grosse vésicule, la voie biliaire principale est très dilatée. On ne sent pas de calcul.

Le contrôle manométrique montre des courbes stabilisées à 24, 28, 26,45.

Par voie trans-cystique il est retiré 24 calculs du cholédoque.

Après l'ablation de ceux-ci les courbes restent hautes, 18,19 19, mais la radiographie affirme qu'il ne reste plus de calcul. Etant donné l'état inflammatoire de la région, on ne fait pas de cholédoco-duodénostomie et on laisse un drain trans-cystique. Cholécystectomie.

Le lipiodol post-opératoire confirme l'absence d'obstacle, Le cholédoque restant un peu dilaté, le 21-9-54, la malade sort.

Bonne guérison.

B. — A ce titre, serait déjà formellement justifiée la nécessité d'une telle exploration au cours des interventions pour cholécystite aiguë. De cet impératif, il devra être tenu compte dans la discussion des indications thérapeutiques. La voie biliaire principale fut trouvée strictement normale dans vingt-neuf observations seulement, soit (les dix-huit cas de calcul cholédociens étant mis à part), sur soixante-dix-huit cas, dans une proportion de 37 % : pression équilibrée le plus souvent entre dix et douze centimètres d'eau, mais toujours entre les limites normales, soit de sept à quinze centimètres, images radiographiques exemptes de dilatation, de stase, ou d'évacuation précipitée, comme de reflux dans le canal de Wirsung.

Ces vingt-neuf observations se répartissent :

— en cholécystite aiguë opérée dans les quinze premiers jours, quatorze cas sur trente-sept, soit 38 %.

— Cholécystite aiguë opérée après le quinzième jour mais non soumis aux antibiotiques : onze cas sur trente-trois soit 33 %,

— Cholécystite aiguë opérée de même tardivement, mais après traitement par les antibiotiques : quatre cas sur vingt-six soit 15 %.

Dans un autre groupe comportant dix-sept opérés, les données manométriques sont sensiblement normales, cependant la pression cholédocienne ne se stabilisant parfois qu'après quelques enregistrements successifs, témoignant d'une ascension progressive du niveau de stabilisation — mais les clichés donnent des images pathologiques de la voie biliaire principale dilatée — diamètre de l'ordre de 12 mm, parfois 15 mm, ou même 20 mm et dont la paroi est manifestement flasque.

Le dessin du sphincter cholédocien est par contre, normal, mais cinq fois apparaît un reflux notable dans le canal de Wirsung.

Si ce dernier détail traduit sans doute un certain déséquilibre du tonus sphinctérien, l'interprétation de ces faits peut être donnée par la coexistence d'une intégrité fonctionnelle pratiquement conservée du sphincter d'Oddi et de l'hypotonie paralytique de la paroi cholédocienne au contact du foyer vésiculaire infecté.

Cette éventualité s'est rencontrée :

— quatre fois sur trente-sept cas opérés dans les quinze premiers jours, soit 11 %.

— huit fois sur trente-trois cas opérés après le quinzième jour, et sans antibiotiques, soit 24 %.

— cinq fois sur vingt-huit cas opérés de même tardivement et traités au préalable par antibiotiques, soit 19 %.

Un état souvent très accentué, d'hypotonie sphinctérienne a été relevé dans vingt-quatre cas, soit dans une proportion de 31 % sur soixante-dix-huit cas.

La pression trans-cystique est inférieure à 7 centimètres d'eau, habituellement tombée à 2 ou 3 cm; elle peut être égale à 0, ou même dans deux cas, négative, à moins 1 moins 3, affirmant ainsi l'atonie totale du sphincter.

Observation 1881. — Cholécystite lithiasique aiguë opérée au vingt et unième jour d'un traitement à la pénicilline.



Femme 51 ans. Crises vésiculaires aseptiques depuis 1926. Cholécystite aiguë le 2-3-53. Malgré le traitement médical poursuivi et la chute thermique rapide, la douleur et la contracture persistent, anorexie, asthénie, chute tensionnelle, amaigrissement.

Intervention le 23-3-53, cholécystite suppurée, perforation couverte par le duodénum. Le contrôle manométrique trans-cystique donne une pression à 9 cm d'eau, normale, mais les radiographies montrent la dilatation, la stase et l'atonie pariétale sphinctérienne.

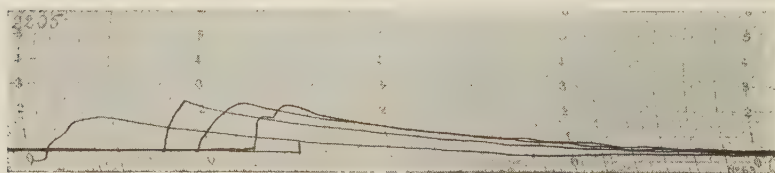
Cholécystectomie avec drainage trans-cystique. Guérison sans incident confirmée le 4-7-53.



Observation 2205. — Cholécystite aiguë lithiasique opérée au vingt-neuvième jour.



Femme 59 ans. Crises vésiculaires aseptique depuis janvier 1954. Cholécystite aiguë le 24-5-54. Gros déficit sanguin à l'entrée et prothrombine abaissée à 55 %. Après remise en ordre, intervention le 12-6-54 : cholécystite suppurée. Cathétérisme du cystique. Le contrôle manométrique donne des courbes stabilisées à 3 et les clichés confirment l'état d'hypotonie de la voie biliaire principale et du sphincter d'Oddi avec reflux prolongé dans le canal de Wirsung dilaté. Cholécystectomy sans drainage. Part cicatrisée au treizième jour, guérison confirmée le 23-9-54.



Observation 2203.

Femme de 70 ans, subissant des crises douloureuses depuis 1950.

Cholécystite aiguë le 15-5-54.

Le 3-6-54 *intervention* : très grosse vésicule adhérente à la région pylorique.

Le contrôle manométrique et radiographique montre une voie biliaire dilatée, sans obstacle, se vidant bien.

Cholécystectomie sans drainage, peau ouverte.

Sort le 1-7-54.

Observation 1569.

Homme de 58 ans, présentant des antécédents biliaires depuis janvier 1948.

Le 24-11-51, crise douloureuse aiguë avec 38,4 de température. Ictère passager.

12-12-51 *intervention*. Grosse vésicule très enflammée, en voie de perforation.

Le contrôle radiologique montre un cholédoque un peu dilaté, se vidant bien, avec un reflux dans le Wirsung.

Cholécystectomie — drain sous hépatique — peau ouverte.

8-1-52 quitte le service.

7-3-53 guérison confirmée.

Observation 1978.

Femme de 61 ans, a déjà eu une crise vésiculaire en 1952.

Cholécystite aiguë le 11-7-53 avec température à 39. — Contracture sous-costale droite.

Intervention le 16-7-53, la vésicule est bloquée par des adhérences très serrées, en la dégageant, on ouvre un petit abcès au contact du fond vésiculaire gangréné.

Le contrôle manométrique et radiologique met en évidence les courbes stabilisées à 7. La voie biliaire est dilatée sur les clichés par contre elle s'évacue vite.

Cholécystectomie sans drainage.

7-8-53 quitte le service.

26-10-53 guérison confirmée.

Observation 1455.

Femme de 59 ans, lithiasique ancienne.

Cholécystite aiguë le 2-6-51 avec température à 39,5 et pré-

sente un état sub-fébrile au moment de l'intervention.

Perte de 7 kg.

12-7-55, *intervention* : grosse vésicule contenant des calculs et du pus. Dissection du cystique, bile, dont l'examen cyto-bactériologique révèle la présence de colibacille.

Le contrôle radiographique et manométrique montre une courbe équilibrée à 13; une voie biliaire principale dilatée avec reflux dans le Wirsung, mais bonne évacuation sur les clichés.

Cholécystectomie sans drainage, peau ouverte.

28-7-55, quitte le service.

17-9-53, guérison confirmée.

Observation 1297.

Homme de 29 ans, présentant des antécédents lithiasiques depuis 4 ans, avec parfois un sub-ictère conjonctival et des selles décolorées.

Entre à l'hôpital dans un service de médecine pour crises douloureuses avec température, le 6-11-50.

Le 20-11-50, *intervention* : la vésicule dilatée est coiffée par des adhérences intimes, avec l'épiploon, le colon, le duodénum. Il existe une adénite et une lymphangite très marquée du pédicule hépatique. Le pancréas est normal.

La courbe manométrique se stabilise à 12-13 - 12-11. Sur les radiographies la voie biliaire est dilatée sans image de compression.

Cholécystectomie sans drainage.

Sort le 7-12-50.

Guérison confirmée le 23-12-54.

Les images radiographiques sont variables, l'hypotonie pariétale n'allant pas toujours de pair avec l'affaiblissement du tonus sphinctérien. Dans les cas typiques, la voie biliaire est dilatée, atone et un reflux est visible dans le canal de Wirsung lui-même dilaté.

Une telle dystonie, que l'on doit tenir pour secondaire à l'inflammation péritonéale de voisinage, s'observe à tous les stades de l'évolution de la cholécystite aiguë.

— douze cas sur trente-sept opérés dans les quinze premiers jours, soit une proportion de 32 %.

— six cas sur trente-trois opérés après le quinzième jour et en l'absence d'antibiotiques, soit une proportion de 18 %.

— six cas également sur vingt-six opérés, après préparation souvent prolongée par antibiotiques, soit 28 %.

Une cinquième réponse peut être donnée par le contrôle manométrique et radiographique de la voie biliaire principale au cours des interventions de la cholécystite aiguë : affirmation d'une sténose du segment pancréatique du cholédoque par l'adénite satellite du foyer infectieux vésiculaire, adénite qui se poursuit le long de la voie biliaire principale, derrière la tête du pancréas et à son contact immédiat au risque de l'enflammer par contiguïté. « Ces cholécysto-pancréatites », observés, en l'absence de tout facteur d'auto-digestion, dans les suites plus ou moins éloignées des cholécystites chroniques — souvent même au stade ultime de cholécystite sléro-atrophique — sont de connaissance ancienne, de notion classique.

Observation 2127.

Femme de 51 ans, présente des antécédents biliaires depuis 1954.

Le 2-12-53, cholécystite aiguë avec température à 39 qui persiste 15 jours et cède à la pénicilline. Mais la malade souffre continuellement et perd l'appétit.

24-2-54, *intervention* : grosse vésicule épaisse et adhérente, le cholédoque est un peu tendu et dilaté.

La manométrie donne des courbes cholédociennes stabilisées entre 18 et 20; les radiographies montrent une dilatation à 2 cm de la voie biliaire principale dont le trajet pancréatique est nettement rétréci. Il s'agit d'une pancréatite réactionnelle. Le caractère inflammatoire des lésions interdit toute anastomose bilio-digestive. On place un drainage trans-cystique; cholécystectomie.

L'examen lipiodolé post-opératoire montre une évacuation satisfaisante et le 19-3-54 le drain est enlevé.

30-3-54, sortie du service.

Le 8-6-54, la malade est revenue, elle présente encore des douleurs sous-costales droites dues probablement à la compression du cholédoque par la pancréatite qui n'est peut-être pas encore résorbée complètement.

Ce qui est nouveau dans les faits que nous avons colligés est, avec la fréquence insolite de ces réactions, leur précocité et leur intensité, qui chaque fois réussit à réaliser une compres-

son cholédocienne objectivée par les données manométriques et radiographiques : sténose relative, manifestée par une élévation du niveau d'équilibre de la pression trans-cystique — et par une de ces images de refoulement de la voie biliaire, récemment analysées par L. EICHOLZ et A. ALMASQUE. Nous n'y reviendrons pas.

C. — Une telle pancréatite sténosante a été notée dans dix cas :

Deux observations comportant une lithiasie associée du cholédoque, — la compression étant reconnue après l'ablation du calcul par le contrôle manométrique et radiographique.

Dix cas autonomes, pour lesquels seul peut être invoqué le mécanisme de la propagation ganglionnaire, de l'infection vésiculaire et qui se répartissent de façon caractéristique :

- sur trente-six opérés dans les quinze premiers jours : 0 ;
- sur trente-trois opérés après les quinze premiers jours, sans médication antibiotique préparatoire : deux cas soit 6 % ;
- et sur vingt-six opérés après échec de la thérapeutique antibiotique, six cas soit 26 %.

Nous reviendrons sur ce point caractéristique de la pathologie nouvelle qu'il nous est donné aujourd'hui d'observer dans les conditions artificielles de l'antibiotisme.

D. — Aux signes indiscutables d'une cholécystite aiguë peut d'emblée, ou mieux à la suite d'un délai variable, s'ajouter pour quelques jours un ictère, dont en général l'interprétation n'est pas aisée. Apparaissant, dans la règle, avec une reprise des signes aigus, généraux et locaux, cet ictère s'atténuera parallèlement dès leur sédation.

Il ne s'agit point de crises cholédociennes typiques, marquées par frissons, clocher thermique, douleur aiguë, puis ictère, et qui prendraient le pas sur les signes de la cholécystite. Le diagnostic présumé serait bien alors celui de lithiasie cholédocienne et la suppuration vésiculaire désormais dissimulée ne serait plus que découverte opératoire. De tels faits n'ont pas été retenus dans cette statistique.

L'apparition d'un ictère généralement fugace, dans le cours d'une cholécystite aiguë a été notée dans quatorze observations. Le plus souvent l'ictère apparaît après deux, trois ou quatre jours d'évolution et ne s'installe que pour quelques jours. D'autres fois, il ne survient qu'après dix jours, quinze jours, dix-

neuf jours ou même après plusieurs mois d'évolution. Au total,

— sur trente-sept cas de cholécystite aiguë opérés avant le quinzième jour, l'on note un seul épisode ictérique, soit 3 %,

— sur trente-trois cas opérés plus tardivement et sans antibiotiques au préalable, l'on note 5 ictères apparus tous avant le dixième jour, soit 15 %,

— enfin, sur vingt-six cas opérés après traitement plus ou moins prolongé aux antibiotiques, huit ictères, le plus souvent tardifs, soit 31 %.

Disproportion manifeste, à porter au passif de la thérapeutique antibiotique systématique.

Ces ictères reconnaissent des facteurs divers :

— calcul du cholédoque, trois cas, ictère apparu au deuxième, au dixième et au soixante-huitième jour — ayant persisté dix, trente-huit et quatre jours.

— compression cholédocienne par adénite rétro-pancréatique ou pancréatite : six cas, ictère survenu trois fois dans les premiers jours, trois fois secondairement ou tardivement chez des sujets traités par antibiotiques.

— cinq fois enfin, le seul facteur, dont la responsabilité peut être invoquée à l'origine de l'ictère, est un état d'hypotonie paralytique du cholédoque, hypotonie pariétale seulement dans trois cas, grande hypotonie sphinctérienne dans deux cas.

Nous connaissons dans l'évolution des hypotonies de la voie biliaire principale ces épisodes ictériques qui peuvent même simuler des crises cholédociennes et exigent logiquement une exploration précise de la voie biliaire principale : le contrôle trans-cystique manométrique et radiographique permet alors de faire l'économie d'une cholédocotomie. Et dans le cas qui nous intéresse cette notion est assez importante, l'éventualité d'une tumeur cholédocienne étant *a priori* peu désirable dans une intervention pour cholécystite aiguë.

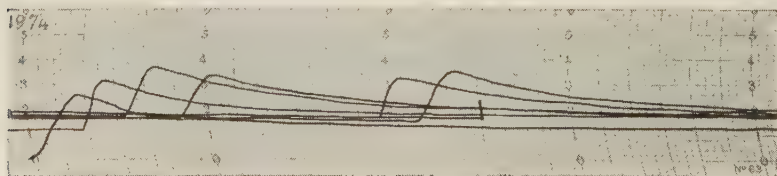
Observations 1974. — Cholécytite lithiasique aiguë opérée au vingt-neuvième jour.



Femme 50 ans, sans antécédents biliaires, cholécystite aiguë le 12-6-53, puis apparition d'un subictère, disparu à un moment de l'intervention.

Le 10-7-53, intervention, cholécystite suppurée, adhérences très serrées autour de la vésicule et ouverture d'un petit abcès collecté à son contact. L'exploration de la voie principale n'est pas possible. Le contrôle manométrique trans-cystique montre une hyperpression à 16 et les radiographies une compression manifeste du cholédoque par pancréatite chronique. Cholécystectomie avec drainage

trans-cystique et drainage sous-hépatique. Guérison sans incident, confirmée le 3 avril 1954.



CHAPITRE IV

DIRECTIVES THÉRAPEUTIQUES

Le traitement de la cholécystite aiguë reste pour nous chirurgical. Il s'agit là d'une indication formelle mais il n'est plus question que d'une urgence différée, mise à part la nécessité opératoire qu'implique la perforation brutale.

Nous devons ce délai à l'efficacité des antibiotiques, qui arrêtent l'évolution des lésions, et nous devons en profiter pour effectuer une intervention complète, c'est-à-dire selon nous, associée au contrôle manométrique et radiologique per-opératoire qui décèlera les lésions associées de la voie biliaire principale.

Dès l'arrivée du malade, celui-ci sera soumis aux antibiotiques.

Nous pratiquons une injection toutes les trois heures de façon à obtenir une dose journalière de 1 million d'unités par jour. Toutefois, dans les cas particulièrement résistants, l'association de streptomycine s'est révélée particulièrement utile, nous l'injectons à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Quant à la chloromycétine, sa forme d'administration, comprimés ou suppositoires, ne permettait pas une utilisation rationnelle, soit que la malade vomisse les comprimés, soit que l'introduction de suppositoires ne permette pas de contrôler effectivement les doses. Pourtant l'avènement de la chloromycétine injectable va probablement donner une place de choix à cet antibiotique dans le traitement de la cholécystite aiguë. En effet son large spectre bactériostatique portant plus électivement sur les germes intestinaux, donne plus de satisfaction pour l'esprit dans son utilisation contre l'inflammation aiguë de la vésicule. Nous n'en avons pas assez l'expérience pour pouvoir en parler ici.

Le repos, la glace sur le ventre, la diète hydrique sont naturellement associés aux antibiotiques.

Simultanément sont entreprises les diverses recherches de laboratoire visant essentiellement à parfaire le diagnostic

d'abord, à connaître ensuite l'équilibre biologique du patient, souvent déshydraté, déchloruré, à vérifier enfin, le taux de prothrombine.

Chez ces personnes, souvent âgées, l'état cardiaque et pulmonaire seront définis et les résultats pourront modifier la date de l'intervention, le mode d'anesthésie, la technique chirurgicale.

Dans la plupart des cas, la possibilité d'intervenir en toute sécurité est obtenue en 4 ou 5 jours, après mise en œuvre des traitements reconnus indispensables, lors de cet examen rapide mais complet.

Mais dans notre esprit, un tel traitement pré-opératoire ne saurait être entrepris qu'en milieu chirurgical, comme une simple et brève introduction à l'intervention systématique et non différée. Et, dès que le malade est prêt, il faut, sans plus attendre, opérer, même si tout semble aller pour le mieux.

Une vaste enquête a été faite sur ces points au cours des dix dernières années aux Etats-Unis et si ces mêmes problèmes ont été réveillés que nous avons l'habitude de voir discuter, pour ou contre l'intervention d'urgence, pour ou contre la cholécystectomie, d'intéressantes statistiques qui rejoignent notre expérience personnelle ont été apportées.

En 1946, NEIMER proteste contre la tendance intervention d'urgence plus cholécystostomie qui est une opération incomplète, exposant à des réinterventions difficiles et graves. Il admet que grâce aux antibiotiques, l'on peut attendre sans danger et l'on peut alors enlever la vésicule : le malade doit être hospitalisé le plus tôt possible, soumis à l'aspiration gastroduodénale et finalement sera opéré aux environs du treizième jour.

MARSHALL et PHILLIPS apportent aussi une statistique sans intervention immédiate, avec 11 opérations « précoces » (après la soixante-douzième heure) et 63 opérations « tardives » à froid, et insistent sur les avantages des antibiotiques qui abaissent la mortalité, diminuent les complications, aident à la préparation du malade et facilitent l'acte opératoire.

Un referendum a été fait en 1948 par BARKSDALE et JOHNSTON auprès de 151 chirurgiens américains : beaucoup d'entre eux restaient fidèles à l'intervention d'urgence, 66,8 %, alors que

25 % des réponses étaient en faveur du traitement médical et de l'opération à froid.

Mais le problème n'est plus limité au choix entre les deux positions extrêmes, celles que rappellent en 1951 les publications européennes de FINSTERER, intervenir le plus tôt possible — et de BRANDBERG — n'opérer qu'après guérison clinique. Il doit être posé en fonction des moyens de freinage des lésions inflammatoires et des possibilités qu'ils donnent de corriger déséquilibre humoral (COLE, GLENN) et déficits hépatiques essentiels : opération précoce, préparée, et non précipitée dès l'arrivée du malade, sauf indications évidentes d'extrême urgence.

A la chimie et à la mycothérapie, certains ajoutent dans le but de calmer les phénomènes inflammatoires une action sur le sympathique, dont HOWARD, MILFORD et BAKEY ont donné les bases expérimentales; c'est ainsi que FINOCHIETTO dit grand bien du blocage novocaïnique du nerf splanchnique droit qu'il pratique dans les quelques jours de préparation opératoire. Nous n'en avons pas la pratique.

L'intervention étant décidée et, sauf rarissime exception, la cholécystectomie étant entreprise, le contrôle manométrique et radiographique de la voie biliaire principale en précisera systématiquement l'état.

Lorsque le contrôle manométrique ou radiographique per-opératoire aura montré l'absence d'obstacle sur la voie biliaire principale, l'intervention peut être terminée le plus souvent sans laisser de drainage sous-hépatique, lorsque l'hémostase du lit vésiculaire aura pu être obtenue de façon parfaite par l'emploi du bistouri électrique; il n'y aura pas à craindre de lâchage du cystique — lié au fil de lin — puisque le cholédoque est normal, la seule précaution à prendre est de laisser la peau ouverte pour éviter une suppuration cutanée qui est souvent longue à tarir lorsque la paroi est très adipeuse. Avec cette précaution, on peut très rapidement rapprocher les lèvres de la plaie, et obtenir une cicatrice de bon aspect, dans des délais sensiblement égaux à ceux que l'on obtient par suture de la peau.

Dans le cas où la radiographie et la manométrie per-opératoires montrent une anomalie de la voie biliaire principale, il existe, suivant les cas, plusieurs façons de terminer l'intervention :

S'il s'agit de lithias cholédocienne, le cystique utilisé à cet effet pourra le plus souvent, spontanément dilaté ou après dilatation prudente, laisser passer la pince qui ira cueillir le calcul découvert sur les courbes manométriques et les clichés. La cholédocotomie, au sens littéral du terme, ayant été évitée, le choix sera fait d'après les divers critères qu'il est hors de propos de rappeler ici, entre la ligature du cystique, équivalent d'une cholédocotomie idéale, et le drain trans-cystique.

La compression par pancréatite ou adéno-pancréatite pose rarement un problème difficile et, dans la règle, tout laisse prévoir la rapide rétrocession de la masse inflammatoire après excrèse du foyer d'infection. En attendant, la sagesse est de laisser un drain trans-cystique, tout au moins lorsqu'aux données radiographiques s'ajoute la notion d'une pression haute. Exceptionnelles, et d'ailleurs exceptionnellement réalisables, seront les indications d'anastomoses.

Quant au cholédoque dilaté des hypotonies, pariétales ou sphinctériennes, il ne saurait justifier une indication particulière. Dans les cholécystites aiguës l'hypotonie doit être en principe considérée comme le témoin, la conséquence obligatoire de la péritonite de voisinage : hypotonie paralytique, elle droit *a priori* se corriger d'elle-même, dès que la cause aura disparu et illogique serait l'idée d'une opération splanchnique associée.

V.

ETUDE DE LA STATISTIQUE

La statistique que nous apportons comporte une cholécystostomie et quatre-vingt-dix-neuf cholécystectomies, soit :

— Soixante-deux cholécystectomies sans drainage : soixante fois, la voie biliaire principale était libre de tout obstacle à l'exploration manométrique et radiographique — deux fois, un calcul avait été décelé, extrait par voie trans-cystique et la liberté cholédocienne vérifiée (équivalent de la cholédocotomie idéale).

— Onze cholécystectomies avec drainage sous-hépatique.

— Vingt-quatre cholécystectomies avec drainage de la voie biliaire principale, vingt-trois par voie trans-cystique, un par drain de Kehr.

— Et dans deux cas seulement anastomose, une fois cystico, une autre fois cholédoco-duodénostomie.

Les suites opératoires ont été, dans la règle, beaucoup plus simples que les difficultés opératoires ne permettaient de l'espérer.

La statistique que nous apportons comporte toutefois sept décès — généralement par complication pulmonaire ou défaillance cardiaque. Mais ce pourcentage de 7 % est, peut-on dire, artificiel.

Il faut, en effet, distinguer les opérés d'après leur âge.

— Jusqu'à 65 ans : quatre-vingt-un cas, mortalité 0.

— Après 65 ans (de 67 à 76) : dix-neuf cas, mortalité sept, soit 37 %.

Ajoutons, ce qui va de soi, que la coexistence d'un obstacle de la voie biliaire principale d'une atteinte hépatique, aggrave très notablement le pronostic opératoire :

— Sur les sept décès, nous relevons trois calculs cholédociens dont l'un marqué par un ictère.

D'autre part, nous comptons :

— sur treize opérés ayant présenté un ictère, deux décès, soit 14 %;

— et sur dix-huit malades porteurs d'un calcul cholédocien, 3 décès, soit 16,7 %.

Le risque opératoire est enfin fonction du délai écoulé depuis le début d'évolution de la cholécystite aiguë :

a) Opérés avant le quinzième jour : deux décès sur quarante et un = 5 %, soit :

— opérés sans contrôle manométrique et radiographique (il s'agissait des cas les plus mauvais) : un décès sur quatre : 25 %;

— opérés avec contrôle manométrique et radiographique, un décès sur trente-sept : 2,7 %.

b) Opérés après le quinzième jour : cinq décès sur cinquante-neuf, soit 8,5 %, soit :

— opérés sans antibiotiques, trois sur trente-trois : 9 %;

— opérés après antibiotiques, deux sur vingt-six : 8 %.

Nous avons déjà insisté au chapitre précédent sur la nécessité de diminuer le risque opératoire en agissant sur l'état général, sur les fonctions hépatiques de l'autre. Cependant, à la lumière de cette statistique, nous voudrions insister sur un facteur aggravant : le délai abusif d'attente pré-opératoire.

Il importe que les médecins soient prévenus du danger que comporte cette notion trop habituellement admise que le traitement d'une cholécystite lithiasique aiguë est d'abord et avant tout médical.

Il est et doit être opératoire pour le risque évolutif actuel — pour le risque de complications plus tardives, pancréatite ou fistule cholécysto-duodénale ou cholédocienne — et parce que très habituellement à partir du jour de la cholécystite aiguë le patient, qui jusque-là vivait en bonne intelligence avec sa lithiasie au prix de crises strictement douloureuses, est entré dans un ère nouvelle de troubles dyspeptiques, de réveils vésiculaires infectieux, d'atteinte cholédocienne — et aussi de difficultés opératoires éventuelles accrues.

Les antibiotiques dans une large mesure apportent à l'intervention une garantie nouvelle. Mais pas plus qu'aucune autre méthode médicale, cette thérapeutique ne peut prétendre guérir ces malades. Ceux qui spontanément s'acheminent sans heurt vers la résolution, gagneront quelques étapes, mais le problème thérapeutique des séquelles lointaines restera identique.

Ceux qui doivent faire une gangrène vésiculaire seront mis par les antibiotiques, non pas à l'abri de cette complication, mais en état de lui faire face pendant un délai suffisant pour permettre dans les meilleures conditions une intervention précoce. Si cette chance n'est pas utilisée, au risque immédiat de la perforation sera substitué celui de cette évolution indéfinie de la gangrène vésiculaire chronique et de ses éventuelles complications cholédociennes.

CONCLUSIONS

1. — Sur 100 interventions pour cholécystite aiguë lithiasique (1948-1954), 96 ont été effectuées sous contrôle manométrique et radiographique per-opératoire et l'état de la voie biliaire principale a pu être simplement précisé, alors que son exploration opératoire dans le foyer inflammatoire est difficile, aléatoire et souvent dangereuse.

2. — Le problème posé par la notion d'un cholédoque dilaté trouve ainsi des solutions diverses :

— existence d'un calcul : 18 cas sur 96 (5 fois seulement le calcul avait été perçu, 13 fois rien ne permettait de le soupçonner).

— état d'hypotonie paralytique de la paroi cholédocienne : 17 cas.

— état d'hypotonie sphinctérienne : 24 cas.

— enfin, sténose par adénite ou pancréatite de contiguïté : 10 cas.

En relation avec ces facteurs anatomo- ou physio-pathologiques, l'apparition d'un ictère dans le cours de la cholécystite aiguë a été notée dans 14 cas.

3. — Les antibiotiques améliorent les conditions chirurgicales en accélérant le processus spontané de résolution de la cholécystite aiguë et leur effet est souvent spectaculaire. Mais leur utilisation au titre de traitement médical exclusif expose à de graves dangers.

4. — 26 malades ont été ainsi opérés après traitement plus ou moins prolongé aux antibiotiques : dans 12 cas évoluait une « gangrène vésiculaire chronique ». De façon constante, la précocité et l'intensité de la réaction scléreuse sous-hépatique et de l'inflammation ganglionnaire retentissent gravement sur le cholédoque.

5. — Il semble que l'on puisse formuler ainsi le traitement des cholécystites aiguës lithiasiques :

— ne pas intervenir d'emblée, sauf indication évidente d'extrême urgence, mais entreprendre un traitement antibiotique;

— profiter du répit ainsi accordé pour faire l'inventaire du malade et corriger les déficits humoraux;

— intervenir systématiquement après ces quelques jours de préparation, en vue de la cholécystectomie et sous contrôle manométrique et radiographique per-opératoire.

6. — La statistique que nous apportons comporte une mortalité globale de 7 % ; nulle jusqu'à 65 ans, elle est égale à 37 % après 65 ans. Le risque est d'autre part aggravé par la coexistence d'un calcul cholédocien et aussi par les délais abusifs d'attente pré-opératoire.

Le Président de la thèse :

P. MALLET-GUY.

Vu le Doyen :

H. HERMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 juin 1955

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université :

H. ALIX.

BIBLIOGRAPHIE

- ARANGUENA GARCIA-INES, C. — Tratamiento de la colecistitis aguda. II^e Congrès Européen Ass. Nat. Gastroent., I : 239-240, Madrid, 1951.
- ASSALI. — Les cholécystites aiguës. Presse Médicale N° 75, 13-11-1953, p. 1574.
- BAILEY, H.A. et THRUSH, L.B. — Acute cholecystitis. Am. J. Surg., 82 : 328-333, 1951.
- BARKSDALE, J.W. et JOHNSTON, J.H. — Acute cholecystitis. Ann. Surg., 127 : 816-829, 1948.
- BEHREND, M. — Choice of procedure in acute cholecystitis. Am. J. Surg., 79 : 753-754, 1950.
- BESSOT, L. — Propos sur la thérapeutique des cholécystites calculeuses aiguës. Sem. Hôp., 23 : 1173-1176, 1953.
- BORLAND, V.G. et JAEHNING, D. — Acute cholecystitis. Its early surgical treatment, report of 108, cases. Surg., 32 : 581-590, 1952.
- BORSOTTI, C. — L'indicazione chirurgica nella colecistiti acute. Bol. Soc. Piemont. Chir., 21 : 217-221, 1951.
- BRANDBERG, R. — Acute cholecystitis. Acta Chir. Scand., 102 : 225-228, 1951.
- BUXTON, R.W., RAY, D.K. et COLLIER, F.A. — Acute cholecystitis. J.A. M.A., 146 : 301-307, 1951.
- COLE, W.H. — Suppurative cholangitis. Surg. Clin. North America, 27 : 23, 1947.
- COLE, W.H. — Treatment of acute cholecystitis. Postgrad. Med., 9 : 349-352, 1951.
- DECAMP, P.T., OCHSNER, A., BAFFES, T.G., BANCROFT, H. et BENDEL, W. — Timing in the surgical treatment of acute cholecystitis. Ann. Surg., 135 : 734-751, 1952.
- DUNPHY, J.E. et ROSS, F.P. — Studies in acute cholecystitis. Surg., 26 : 539-547, 1949.
- EASTWOOD, D. et WOMACK, N.A. — Sympathetic nerve block in early acute cholecystitis. Arch. Surg., 63 : 128-131, 1951.
- EXTRAIT DU « LYON CHIR. », tome 47, pages 279-304, avril 1952. Compressions cholédociennes par pancréatite chronique. P. MALLET, Guy, L. EICHOIZ (Lyon) et R. ALMASQUE (Buenos-Aires).
- FINOCHIETTO, R. et BILESIO, E.A. — Colecistitis aguda. Operacion de urgencia. Pren. Med. Arg., 40 : 2882-2884, 1953.
- FINOCHIETTO, R. et LASALA, A.G. — Colecistitis agudas. Criterio y tactica quirurgica. Pren. Med. Arg., 40 : 675-679, 1953.
- FINSTERER, H. — Die chirurgische Behandlung der akuten fieberhaften Cholezystitis mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation. Wiener Med. Wschr., 101 : 4-7, 1951.
- FREUND, H.R. — Acute cholecystitis. Study of 140 cases. Am. J. Surg., 82 : 703-708, 1951.
- GLENN, F. — Acute cholecystitis. Surg. Gyn. Obst., 69 : 431-435, 1939.
- GLEEN, F. et HEUER, G.J. — The surgical treatment of acute cholecystitis. Surg. Gyn. Obst., 83 : 50-54, 1946.
- GLEEN, F. — The surgical treatment of acute cholecystitis. Surg., 23 : 397-404, 1948.
- GLENN, F. — The surgical treatment of acute cholecystitis. Surg. Gyn. Obst., 90 : 643-648, 1950.
- HALPERT, B. — Chronic cholecystitis with superimposed acute cholecystitis. Surg., 33 : 444-445, 1953.

- HORWITZ, A., McCORKLE, R.G. et ALPERT, S. — Acute cholecystitis: a comparative study of sixty consecutive cases of acute cholecystitis treated by immediate surgery and sixty consecutive cases treated by delayed surgical intervention. *Med. Ann. of the District of Columbia*, 22 : 127-132, 1953.
- HOWARD, J.M., MILFORD, M.T. et DE BAKEY, M.E. — The significance of the sympathetic nervous system in acute cholecystitis. *Surg.*, 32 : 251-255, 1952.
- D'INGLIANI, V., FONTENELLE, I.L. et D'INGLIANI, H.A. — Surgical analysis of 124 cases of proved acute cholecystitis. *Am. J. Surg.*, 77 : 608-613, 1949.
- JUDD, E.S. — Surgical treatment of acute cholecystitis. *Proc. Staff. Meet. Mayo Cl.*, 23 : 142-147, 1948.
- KATAMADZE Ch. — Cas de cholécystite avec nombreux calculs. *Khirurgia*, Moscou, 3-3-1953, p. 73-74.
- LESTER, L.J. — Acute cholecystitis. With special reference to the occurrence of jaundice. *Surg.*, 21 : 675-682, 1947.
- LEVRAT, M., GONNET, L. et PAVIOT, J.J. — Traitement par la pénicilline des cholécystites lithiasiques. *Lyon Méd.*, 178 : 697-702, 1947.
- LIEDBERG, N. — On the indications for operation in acute cholecystitis. *Acta Chir. Scand.*, 101 : 44-48, 1951.
- MALLET-GUY, P. et GANGOLPHE, M. — Modalités évolutions des cholécystites aiguës lithiasiques sous l'effet des antibiotiques. *Men. Ac. Chir.*, 26-1-55; 81 : 129-134, 1955.
- MALLET-GUY, P. et GANGOLPHE, M. — Cholécystites lithiasiques aiguës. *Lyon Chir.*, 50 : 291-308, 1955.
- MARSHALL, S.F. et PHILLIPS, E.S. — The acute gallbladder. *Surg. Clin. North America*, 28 : 633-639, 1948.
- MUSTARD, R.L. et CUSTER, H.R. — The management of acute cholecystitis. *Surg. Gyn. Obst.*, 94 : 59-62, 1952.
- NEIMEIER, H.W. — Modern Trends in the treatment of acute cholecystitis. *Surg.*, 20 : 303-304, 1946.
- PATTERSON, H. — Acute fulminating cholecystitis. *Surg. Gyn. Obst.*, 89 : 364-365, 1949.
- PETROV, B.A. — Die chirurgische Behandlung der akuten Cholezystitis. *Zent. f. Chir.*, 76 : 718-719, 1951.
- POSEL, I. — Ergebnisse der Frühoperation der akuten Cholezystitis. *Am. fortgeschrittenen Alter. Wien. Klin. Wschr.*, 63 : 349-352, 1951.
- ROSS, F.P., BOGGS, J.D. et DUNPHY, J.E. — Studies in acute cholecystitis. The pathological process in relation to the clinical management of the disease the fallacy of the "critical period". *Surg. Gyn. Obst.*, 91 : 271-276, 1950.
- STROHL, E.L. et DIFFENBAUGH, W.G. — Acute cholecystitis. *Surg. Clin. North America*, 32 : 63-69, 1952.
- SUTTON. — Cholélithiase et cholécystite. *Gastroenterology*, 24 : 232-241, juin 1953, résumé in *Praxis*, N° 41, 1953, p. 873.
- THOMAS, C.G. et WOMACK, N.A. — The treatment of acute cholecystitis. *Surg. Clin. North America*, 29 : 1445-1455, 1949.
- WALKLING, A.A. — Acute cholecystitis: the problems of surgical intervention. *A clinic. Surg. Clin. North America*, 30 : 1647-1655, 1950.
- ZOLLINGER, R. et CUTLER, E.C. — The treatment of acute cholecystitis. *J.A.M.A.*, 1921 : 481-484, 1943.

